

KRYTERIUM OCENY MIEJSCA PRAKTYK ZAWODOWYCH – UMOWY INDYWIDUALNE

STUDENCKIE PRAKTYKI ZAWODOWE - KIERUNEK PIELĘGNIARSTWO II STOPIEŃ ONKOLOGIA I PIELĘGNIARSTWO ONKOLOGICZNE - 40h dydaktycznych		
ROK AKADEMICKI	20____ / 20____	
IMIĘ, NAZWISKO, DANE KONTAKTOWE OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH Z RAMIENIA UCZELNI.		PIECZĘĆ/PODPIS ELEKTRONICZNY OPIEKUNA MERYTORYCZNEGO PRAKTYK ZAWODOWYCH Z RAMIENIA UCZELNI
NAZWA PLACÓWKI		PIECZĘĆ PLACÓWKI
ADRES PLACÓWKI		
DYREKTOR PLACÓWKI	IMIĘ, NAZWISKO	
NAZWA ODDZIAŁU		
PROFIL ODDZIAŁU		
IMIĘ, NAZWISKO, NR TEL. DO KONTAKTU Z PIELĘGNIARKĄ ODDZIAŁOWĄ LUB OPIEKUNEM PRAKTYKI ZAWODOWEJ W PLACÓWCE.	IMIĘ, NAZWISKO	PIECZĘĆ OPIEKUNA PRAKTYK ZAWODOWYCH W PLACÓWCE
	TEL. KONTAKTOWY:	

<p>OPIEKUN STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH W PLACÓWCE PROSZONY JEST O ZDEKLAROWANIE PONIŻEJ, KTÓRE EFEKTY UCZENIA SIĘ STUDENT MOŻE ZREALIZOWAĆ W ODDZIALE, W KTÓRYM UBIEGA SIĘ O MOŻLIWOŚĆ REALIZOWANIA PRAKTYK. OBOK EFEKTU KSZTAŁCENIA PROSZĘ WPISAĆ: 0 – STUDENT PRAWDOPODOBNI NIE BĘDZIE MIAŁ MOŻLIWOŚCI ZREALIZOWANIA EFEKTU UCZENIA SIĘ, 1 – STUDENT PRAWDOPODOBNI BĘDZIE MÓGŁ ZREALIZOWAĆ EFEKT UCZENIA SIĘ.</p>		
WYKAZ UMIEJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH W ZAWODZIE PIEŁĘGNIARKI:		0/1
B.W4.	Zna objawy i skutki uboczne działania leków zawierających określone substancje czynne.	
B.W34.	Zna etiopatogenezę nowotworzenia, epidemiologię i profilaktykę chorób nowotworowych.	
B.W35.	Zna zasady leczenia i opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową, w tym terapii spersonalizowanej.	
B.W36.	Zna zasady i sposoby pielęgnowania pacjenta po radioterapii i chemioterapii.	
B.W37.	Zna metody rozpoznawania reakcji pacjenta na chorobę i leczenie onkologiczne.	
B.U37.	Planuje opiekę nad pacjentami z wybranymi chorobami nowotworowymi leczonymi systemowo.	
SUMA*		

*Możliwość realizacji praktyki zawodowej w placówce przy uzyskaniu **min. 80%** deklarowanych efektów uczenia się, które student może zrealizować w oddziale*

Oświadczam, że deklarowane umiejętności praktyczne w zawodzie pielęgniarki poświadczone zostały zgodnie z zasadami Etyki Zawodu Pielęgniarki i Położnej oraz poświadczam, iż Student będzie miał możliwość realizacji ich podczas odbywania Praktyki Zawodowej.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z dokumentacją dotyczącą realizacji przez Studenta Praktyk Zawodowych: Regulamin Praktyk Zawodowych oraz Ramowym Program Praktyk Zawodowych dot. wskazanego przedmiotu. Dokumenty dostępne na stronie internetowej: <https://student.sum.edu.pl/>.

.....

Data, pieczęć i podpis
Opiekuna Praktyk z ramienia Placówki